



## Zespół Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych Powiatu Żarskiego

68-200 Żary, ul. Wrocławska 5, tel./fax 68 479 43 83  
68-300 Lubsko, ul. Pokoju 1c, tel./fax 68 459 77 33, 35-34

e-mail: sekretariat@pppzary.pl  
e-mail: lubsko@pppzary.pl

<http://www.pppzary.pl>

.....  
(pieczęć placówki medycznej)

### ZAŚWIADCZENIE

#### o stanie zdrowia dziecka dla potrzeb zespołu orzekającego

działającego na podstawie rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7.09.2017r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1743).

Imię i nazwisko .....

ur..... W .....

Miejsce zamieszkania .....

Nazwa i adres przedszkola/szkoły .....kl.....

1. Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) (§6 ust. 5 pkt.2):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2. Ograniczenia w funkcjonowaniu dziecka lub ucznia, wynikające z niepełnosprawności lub innego problemu zdrowotnego, które wpływają na funkcjonowanie w przedszkolu lub szkole:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Niezbędny w procesie kształcenia sprzęt specjalistyczny i środki dydaktyczne, w tym z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych:

.....

.....

.....

.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)